

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N^o 380

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 juillet 1883, à 1 heure

Par ÉMILE LANEL,

Ancien externe des hôpitaux de Paris,

Élève du service de Santé militaire.

CONTRIBUTION A LA SYMPTOMATOLOGIE
ET AU DIAGNOSTIC

DE LA

TUBERCULOSE RÉNALE

Président de la Thèse : M. le professeur Brouardel.

Juges : MM. { Proust, Professeur,
Bouilly, agrégé,
Hallopeau, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LE MANS
IMPRIMERIE ALBERT DROUIN
5, RUE DU PORC-ÉPIC, 5

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.	BÉCLARD.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		SAPPEY.
Physiologie.....		BÉCLARD.
Physique médicale.....		GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....		WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		JACCOUD.
		PETER.
Pathologie chirurgicale.....		GUYON.
		DUPLAY.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		ROBIN.
Opérations et appareils.....		LE FORT.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		BOUCHARDAT.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....		PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULENNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....		VULPIAN.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		HARDY.
		POTAIN.
		X...
		PARROT.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....		RICHEL.
		GOSSELIN.
Clinique chirurgicale.....		VERNEUIL.
		TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :

M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGAIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux ana- tomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE AINÉ.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR BROUARDEL.

AVANT-PROPOS

La néphrite tuberculeuse, après avoir longtemps échappé à toute description, est aujourd'hui mieux connue. Le diagnostic de cette affection présente cependant encore de réelles difficultés. Au mois de juin, nous vîmes dans le service de notre excellent et très respecté maître, M. le docteur Hallopeau, un cas qui nous donna l'idée de cette thèse. M. Giraudeau, notre interne, eut l'extrême obligeance de nous communiquer l'observation que nous publions et de pratiquer l'examen microscopique des pièces. M. le docteur Lancereaux nous permettra de le remercier des conseils qu'il a bien voulu nous donner.

Nous sommes heureux également d'affirmer à nos maîtres dans les hôpitaux, MM. les docteurs Polaillon, Martineau, et tout particulièrement à MM. les professeurs agrégés Ollivier et Hallopeau, notre reconnaissance pour leurs excellentes leçons.

Nous demandons à Messieurs nos juges toute leur indulgence dans l'examen de notre travail, en considération du peu de temps dont nous disposions.

Ne voulant pas recommencer l'historique de la tuberculose rénale, traité par les auteurs plus longuement que nous ne pourrions le faire, nous avons pensé qu'il était bon de donner d'abord quelques indications bibliographiques.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1767. MORGAGNI. — *De sedibus et causis morborum*, Lovani, let. 68, t. IV, p. 336, art. 12.
1766. COTUGNO.
1770. HEER. — *De renum. morbis*.
1799. MATHIAS BAILLIE. — *Anatomie pathologique*, traduction Guerbois, 1815.
1803. BAYLE. — *Journal de Corvisart, Boyer et Leroux*, t. VI, et X, germinal an XI et XIII; *remarques sur la dégénérescence tuberculeuse non enkystée des organes urinaires*.
1812. WELS. — *Transaction of a soc. for the improvem. med. and chir.*
1815. LAENNEC.
1821. WILSON JAMES, London. — *Lectur...*
— PROUT.
— CRAIGIE. — *Edimb. med. and surg. Jour.*, t. XLI, p. 79.
1823. HOWSHIP. — London, *A Pract. treat. on the complaincts affectings the secretion and excretion of urine*.
— VELPEAU. — Th. agrég.
— LOUIS. — *Recherches sur la phthisie*.
1826. KOENIG. — Leipzig, *Krankheiten der Nieren*.
1827. BRIGHT. — *Reports of med. cases...* t. I, *Guy's Hospital reports*, 1836-40. *On abdominal tumours and intumescence. Eodem loco*, 1835, *Cases and observ. Eod. loc.*, 1840.
1829. MARÉCHAL. — *Journal hebd.* t. II, p. 494.
— CRISTISON. — *On the variety of dropsy. Ed. med. and surg. J., On granul. degeneration, Edimb. and London.*, 1839.
1830. FLEISH. — *Scrofeln der Neiren*.
1833. TISSOT. — Thèse, Paris.

1834. AMMON DE DRESDE. — *Gaz. med.*
1838. MARTIN SOLON. — *De l'albuminurie ou hydropisie causée par les maladies des reins.*
1839-46. *Compendium de méd. prat.* de DE LA BERGE, MONNERET et FLEURY.
1841. RAYER. — *Traité des mal. des reins*, t. III.
1843. ANDRAL. — *Essai d'hématologie pathologique.*
— VILLIET et BARTHEZ. — *Traité des mal. des enfants*, t. III.
— SINAPIAN. — Thèse, Paris.
1845. CLÈSS. — *Archiv. of. Phys. Heilkunde*, t. III, p. 4.
1846. BUSK. — *Transaction of the pathologie*, t. II, p. 118.
1848. EBENEZER SMITH. — id. t. III, p. 78.
1849. MERTENS. — *Journal of kinder krankheiten*, nov. et déc.
1851. CIVIALE. — *Mal. des org. gén. urin.*
— MALGAIGNE. — Comm. à l'Acad.
1852. JOHNSON. — *On the diseases of the kidney...*
1853. BERGAULT. — Paris, thèse.
1854. CHAMBERS. — *Med. Tim. and Gaz., ext. Arc. gén. de méd.*
t. II, p. 718.
— CHARLES ROBIN et CL. BERNARD. — *Gaz. med*, p. 243.
— CH. DUFOUR. — Paris, Thèse sur la tub. des org. gén. urin.
1855. ROBITANSKY. — *Lehrburg der. Path. an.*, t. III, p. 341.
1856. FUSCH. — Koenigsberg, *De tuberculosi. systematis uro-poëtici.*
1856-65. VOGEL. — *Krankheinten der harnbereitenden Organe in Virchows Handbuch*, Erlangen 1863.
1857-61. LEBERT. — *Traité d'an. path. gén. et spec.*
1857. RISDON BENNETT. — *Trans. of the Path.*, t. VIII, p. 284.
1857. BAUCHET. — Th. agrég., Paris.
1859. BEER. — *Die binde Substanz der Menschlnieren.*
— WILKS. — *Tr. of the Path.*, t. XI, p. 137.
— CAYROL. — Paris, thèse.
1860. BASHAM. — *On dropsy*, London.
— JACCOUD. — Paris, thèse doct. Albumine, in. *nouv. dict.*, 1864, *Clinique méd.*, 67, *Pathologie med.*, 79-81.
— PARKES. — *The comp. of the urine.*
1860-61. BEALE. — *Kidney diseases, urinary.*

1861. BARRIER. — *Mal. des enfants.*
1862. SCHMIDTLEIN. — *Ueber der Diagnose der Phthisie tuberculosa der Harnwege.*
— VILLEMEN. — *Du tubercule.*
1863. COLIN. — *Gaz. méd.*, p. 39.
— KUSSMAULL. — *Tub. des voies urinaires*, Würtzburger Zeitschrift., t. IV. — *Arch. gén. de méd.*, t. I, p. 342.
— MOSSLER. — *Beiträge zur Path. und Ther. der Krankheiten der Harnwege*, B. IV, Wagners Arch.
— ABEILLE. — *Traité des mal. à ur. alb. et sucrées.*
1865. ROSEUSTEIN. — *Zur Tuberculose der Harnorgane*, Berlin ; *Klin. Wochensch.*, n° 22, et *traité des maladies des reins*, traduction BOTTENTUIT et LABADIE LAGRAVE, 1875.
— GUBLER. — *Alb. in dict. Encyc.*
1866. HUBER. — *Deutsches arc. für Klin. méd.*, t. IV.
1867. HOFFMANN. — *Id.*
— MAGNAN. — *Gaz. méd.*, p. 393.
— HÉRARD et CORNIL. — *De la Phth. pulm.*
1869. ELLIS EDW. — *British med. Journ.*, 28 sept., p. 334.
— SCHMIDT Mémorabilien. —
— MAC DOWELL. — *Edimb. méd. Journ.*, t. XV, p. 1093,
— KLOB. — *Oesterr. Zeitschr. Prakt. Heilkunde*, t. XIV, p. 9.
— PAULICKI. — *Wien. méd. Woch.*
1871. LANCEREAUX et LACKERBAUER. — *Atlas d'anat. path.*, pl. 35-36, texte p. 349. — LANCEREAUX, art. *Rein*, in *Dict. encyc. des sc. méd.*, 3^e série, p. 227.
1872. SCHMIDT THOMAS. — *Tubercul. disease of the urinary muc. memb.*, *St Barthol. Hosp. Rep.*, t. VIII, p. 95.
— ROBERTS W. — *On urinary and renal diseases*, p. 545.
— CHAVASSE. — Thèse Strasbourg, *Étude sur la tubercul. des r., urétr. et vess.*
1873. HUGHES BENNETT. — *Lec. sur la prat. de la méd.* — Traduct. de Lebrun, t. II, p. 436.
— BAMBERGER. — *Volkmanns Sammlung Klin. Vortraege*, 73-80, *Rapp. de m. de Bright et des autres mal.*
— QUINQUAUD. — *Arch. gén. de méd.*, juin.
1874. LACOMBE. — Thèse Paris, *Albuminurie chez les tuberc.*

1874. THOMPSON. — *Maladies des voies urin.* Trad. 1874.
— STAPPER. — Thèse Paris.
— LIOUVILLE. — *Société de Biol.*, 24 janvier.
1875. LÉCORCHÉ. — *Traité des mal. des reins*, p. 712.
1877. CHAUVET. — Thèse Paris.
— ROBIN ALBERT. — *Id.*
— CHARCOT. — *Lec. sur les mal. du foie et des reins.*
— PIEDALLU. — Thèse Paris.
1878. BIERRY. — Th. Paris. *Tuberc. primit. des voies urin.*
— RIGAL et CORNIL. — *Soc. méd. des Hôpit.*, 23 mai.
— QUINQUAUD. — *Id.*
— TAPRET. — *Arc. gén. de méd.*, 7^e série, t. IV, p. 405.
Etude clinique sur la tuberc. urin.
1879. GAUCHÉ. — Th. Paris.
1880. DELFAU. — *Man. comp^l. des mal. des org. gén. urin.*
KELSCH. — *Dégén. tub. des caps. surrén. Progrès médical*,
mars 1880, n^{os} 12 et 13.
— VERMEIL. — *Progrès médical*, n^o 51.
— TERRILLON. — *Excroissances polypeuses sympt. de la*
tuberculisation des org. urin. chez la femme, Progrès
médical, n^{os} 6, 7, 8, févr. 80.
— CHARCOT. — *Progrès méd.*, nov. 80.
1881. BRESSON. — Th. Paris, 12 mai. *Diagnostic différentiel de*
l'hématurie et de l'hémoglobinurie.
1881. DOMMERGUE. — Th., Paris, janvier.
— MUNOT. — id. juin.
— GUYON. — *Lec. clin. sur les mal. des voies urinaires.*
— RAYMOND. — *Prog. méd.*, n^o 41, oct. 81.
— MERKLEN. — Th., Paris.
— DUBUC. — *Soc. de méd.*
1882. MATHIEU. — *Prog. méd.*, 23 juin.
— GUESDRON-MATHIEU-GAULTIER. — Paris, thèses.
— TH. WILLIAMS. — *British med. jour.*, mars.
— MEIGS. — *Méd. News*, oct.
— SCHUCHARDT. — Berlin, *Klin. Wochenschr.*, oct.
— DE BEURMANN. — *Arc. gén. de méd.*, 7^e s. t. IX, p. 470.
— RAYMOND. — id. p. 294.

(Nous croyons devoir citer ces deux derniers travaux, quoique ne se rapportant pas directement à notre sujet).

1882. RANTY. — Lyon, thèse.
— RIEGEL. — Berlin, *Klin. Wochensch.*, septembre.
— LABADE LAGRAVE. — Art., *Reims*, in *Nouveau Dict.*
1883. COLLINET. — Paris, thèse, 25 avril.
— GUÉLLIOT. — Paris, thèse.
-

Bulletins de la Société anatomique.

Ne pouvant tout citer, nous indiquerons seulement les observations suivantes :

1830. DUCHAPT. — T. V., p. 186.
1838. PASQUET. — Juin, p. 149.
— AUBANEL. — id.
1840. LACOMBE. — Sept., t. XV, n° 5, p. 141.
— BECQUEREL. — id. n° 7, p. 212.
1841. BOUCHER. — Janv., t. XV, n° 11, p. 380.
1854. PERRET, VERNEUIL, VIDAL.
1856. LALA. — avril, 2^e s. t. I, p. 118.
1859. GARNIER. — Juin, 2^e s., t. IV, p. 212.
1868. CHALLAN. — P. 161.
1870. THORENS.
1871. ROSAPELLY. — 2^e s., t. XVI, p. 172.
— LECOURTOIS. — id. p. 163.
— LIOUVILLE. — id. p. 285.
1872. — PLANTEAU et LECOURTOIS. — 2^e s., t. XVII.
1874. — ROBIN ALBERT. — 10 avril.
— — RAYMOND. — 27 mars.
— COYNE. — Avril.
— CHENET. — id.
— BARETY. — id.
— MOUTARD-MARTIN. — Novembre.

1877. LETULLE. — 4^e s., t. II, p. 496.

— RICHER. — id. p. 488.

— DREYFOUS. — id.

— CHAMPETIER DE RIBES. — id.

— LANDOUZY. — id. 599.

1878. TERRILLON.

1880. CHAUFFARD. — Mai.

1881. GALLIARD. — 12 mars.

1882. POUSSON. — 30 juin.

— LECLERC. — 26 juillet.

SYMPTOMATOLOGIE

MARCHE, — COMPLICATIONS

Une description méthodique de la néphrite tuberculeuse est assez difficile, les différentes variétés empiétant fatalement les unes sur les autres. Après les tentatives incomplètes d'Ammon, de Rayet, de Lebert, après celles plus heureuses de Chambers, de Robitansky, de Bauchet, M. Lancereaux divise les néphrites conjonctives prolifératives circonscrites en :

α Primitives (dont nous n'avons pas à nous occuper.)

β Consécutives ou tuberculeuses se dédoublant :

1^o en formes primitives, dans lesquelles l'altération tuberculeuse (tuberculose idiopathique rénale de Robitansky), débute par les voies urinaires (vessie, urèthre), gagne les pyramides qu'elle altère peu à peu, et atteint en dernier lieu la substance corticale.

2^o En formes secondaires, marquées par une éruption de granulations isolées, simple épiphénomène perdu au milieu des symptômes de la phthisie générale.

Depuis, Roberts, Lecorché, Tapret ont suivi cet exemple. Nous avons consulté avec fruit les thèses de MM. Bierry (*tuberculose primitive des voies urinaires*) et Gaultier (*Tuberculose rénale primitive*).

Nous étudierons donc successivement :

1^o La tuberculose rénale primitive :

α Miliaire.

ε Caséeuse.

2^o La tuberculose rénale secondaire, c'est-à-dire
survenant dans le cours d'une

α Phthisie aiguë.

ε — chronique.

TUBERCULOSE RÉNALE PRIMITIVE

A. FORME MILIAIRE. — On observe peu de symptômes, dit Chambers, à moins que le dépôt ne se fasse d'une façon tumultueuse, très abondante. La mort est alors rapide, surtout si les deux reins sont affectés simultanément. L'albuminurie est fréquente et due (Cornil et Hérard) à l'inflammation du tissu rénal, causée par les tubercules. Le début brusque peut même rappeler celui de la néphrite aiguë (fièvre, urine rare, rouge, avec cylindres épithéliaux...) Parfois les urines sont légèrement sanguinolentes ou purulentes avec ou sans symptômes vésicaux. On a noté soit de l'incontinence d'urine, soit de l'anurie (Rosenstein). Enfin, dans quelques cas, surviennent des douleurs rénales sourdes, tantôt dans un rein, tantôt dans l'autre, puis plus vives, spontanées. Le malade est emporté par l'urémie aiguë, et l'on n'a pu que faire le diagnostic de la néphrite aiguë (Colin). Mais, généralement, la lésion est moins appréciable, l'évolution latente (Rayer). La durée de l'affection est alors beaucoup plus longue, s'il ne

survient pas soit une granulie généralisée, soit une poussée suraiguë vers le rein. Enfin, très souvent le passage à la 2^e forme se fait peu à peu.

On le voit, le diagnostic est très difficile, sinon impossible; comme le remarque Tapret, « le rein et la prostate se prennent le plus souvent, sans que leur état soit dénoncé au dehors par autre chose que des indices qui ne révèlent rien ou conduisent à l'erreur. »

L'on pourra se fonder sur les antécédents, sur l'absence des causes ordinaires du mal de Bright; ou bien une tuberculose pulmonaire à marche lente surviendra, mettant en évidence la diathèse.

B. FORME CASÉEUSE. — Cette forme est beaucoup plus connue que la première. Les auteurs admettent trois périodes :

1^o Période de crudité, qui parfois est très longue (voir observation III de Lancereaux, in D. D.)

2^o Période de ramollissement, d'une durée de quelques mois.

3^o Période de marasme avec ammoniémie ou urémie, par destruction des organes urinaires.

La première période a déjà été étudiée.

La seconde est marquée :

α Par des douleurs.

β Par des troubles urinaires.

γ Par des symptômes généraux.

Nous passerons ensuite en revue :

δ Les manifestations de la diathèse tuberculeuse qui peuvent suivre ou accompagner l'affection rénale.

ε Les accidents et les complications qui se produisent quelquefois dans le cours de cette affection.

Mais il peut se faire que tous ces signes manquent.
« Chez un pneumophymique, à l'autopsie on trouva des masses caséeuses, incrites dans une zone de tissu sain. La sécrétion urinaire n'a pas été troublée..... » (Lacombe).

« Les *douleurs lombaires* sont tantôt sourdes, simulant seulement la fatigue (Lancereaux), tantôt plus vives (Howship), spontanées et continues, ou, au contraire, peu intenses au repos, mais s'exagérant par la fatigue la miction, les efforts. Ou bien elles sont parfaitement localisées le long de la partie postérieure du rachis, ou bien elles s'irradient vers les aines, les membres inférieurs (Ammon, Perret) en suivant le trajet des uretères (Champetier de Ribes), et en laissant dans leurs intervalles une sensation de pesanteur, d'engourdissement. — Elles peuvent être paroxystiques, simulant des coliques néphrétiques, et arrachant des cris aux malades. Dans ces cas, l'on admet un obstacle au cours des urines, un bouchon de matière caséeuse obturant l'uretère, peut-être aussi un spasme de ce dernier, irrité par les dépôts tuberculeux. L'on sait d'ailleurs que l'on trouve souvent dans le bassinet et les calices dilatés, des graviers libres de phosphates, ou la paroi infiltrée de sels calcaires. Les auteurs ont discuté longtemps pour établir qui, de la gravelle ou de la tuberculose, est alors apparue la première. (V. *Soc. anat.* Liouville, Muron, Thaon, Hayem, oct. nov. 71. — Lecourtois, id. p. 163.)

Les douleurs peuvent encore naître dans les fosses iliaques, entourer l'abdomen en ceinture, occuper la région hypogastrique (Ammon, Smith, Lancereaux,

Champetier de Ribes). Dans un cas de Magnan elles étaient exapérées par la pression.

Beale signalait des douleurs sympathiques au niveau de la vessie ou du col, observées depuis par Smith, Challan, Lancereaux, etc... ; pour Lécorché elles sont l'expression d'une affection concomitante de cette région. Elles se traduisent encore par du ténesme (Amnon), par une sensation de pesanteur au périnée ou une douleur tensive augmentant par la marche (Lancereaux), par du prurit, du picotement, du méat (Rosenstein), par la sensation de piqûres d'aiguilles dans l'urèthre (Bayle).

Lancereaux a encore décrit des douleurs lombaires survenant à chaque coït.

6 Les *troubles urinaires* peuvent être divisés en troubles de sécrétion et en troubles d'excrétion.

La quantité des urines augmente souvent un peu au début de la maladie, polyurie qu'on retrouve dans la néphrite interstitielle, la néphrite scléreuse, la néphrite suppurée, le diabète..... Parfois, au contraire, il y a anurie, ou encore ces deux phénomènes alternent (nous verrons tout à l'heure pourquoi). Rosenstein signale à la fin de la maladie une diminution ordinaire dans la quantité de l'urine.

Les urines sont d'abord peu colorées, souvent mousseuses, puis sanguinolentes, briquetées, plus tard purulentes, fétides. Elles laissent déposer un sédiment fort variable, non seulement dans les diverses émissions de plusieurs journées, mais encore dans celles d'une même journée (Rayer). Leur densité est généralement moindre que la densité normale ; en effet, la proportion des chlorures baisse, la quantité d'urée tombe souvent au-

dessous de 10 grammes pour 1000, et, dans la période de marasme, elle descend chez certains malades à 2, 3, 4 grammes. — Leur réaction est faiblement acide, si elles n'ont point été retenues dans leur parcours : car, dans ce cas, elles sont alcalines par décomposition ammoniacale.

Elles contiennent parfois de l'albumine, et Challan et Roberts ont noté la desquamation caractéristique des canalicules urinifères. Mais il faut avoir soin, avant tout examen, de les débarrasser de leurs globules de pus, sinon avec l'acide nitrique, elles prennent une teinte louche, lactescente (Lancereaux) ; avec l'ammoniaque, elles forment une sorte de gelée tremblotante. Dans quelques cas, l'albuminurie est passagère (Abeille) ou bien elle manque (Ch. Robin et Cl. Bernard, Lancereaux, Risdon, Bennett, Gautier, Lacombe, Galliard...) Sa valeur est très restreinte au point de vue du diagnostic, car elle peut être due à un grand nombre de causes qui se trouvent réunies dans la phthisie en général : (1^o Diminution du champ de l'hématose, anoxémie ; 2^o perversion fébrile des oxydations et des catalyses isomériques des substances protéiques ; 3^o Congestion rénale passive ou active ; 4^o Superalbuminose due à l'arrêt de la composition, l'exagération de la dénutrition et suppression de divers émonctoires. Gubler : *Alb. in Dict. Encyclop.*, 65.) Cet auteur disait : « L'albuminurie est moins ordinaire dans les tuberculoses lentes (que dans la phthisie aiguë, galopante, où elle est la règle) ; elle s'y rencontre néanmoins comme phénomène transitoire, soit pendant les recrudescences inflammatoires et fébriles, soit comme symptôme permanent en rapport avec la dyscrasie cachectique et

avec une altération organique des reins, de tous points semblable à celle de la maladie de Bright idiopathique. »

En somme, la néphrite parenchymateuse est associée à la phthisie 7 fois pour 100 ; la néphrite interstitielle l'accompagne 23, et la dégénérée cenceamyloïde 60 fois sur 100 (Lécorché).

L'hématurie a beaucoup plus d'importance pour nous. Rarement elle est abondante ; les urines renferment des caillots comme dans l'observation de Challan, où, après plusieurs hémorrhagies de moyenne intensité, survinrent deux hématuries très fortes qui hâtèrent la fin du malade, (d'ailleurs atteint depuis 15 mois d'une phthisie pulmonaire, depuis plusieurs jours de méningite tuberculeuse.) Généralement, les urines sont seulement sanguinolentes par congestion des capillaires autour des tubercules (Bierry.) « J'ai toujours trouvé des corpuscules de sang, même lorsque la couleur extérieure de l'urine n'en dénotait pas la présence. » (Rosenstein.) Devant un malade accusant des hématuries minimales, mais répétées, fréquentes, le médecin doit donc songer à la tuberculose rénale. Il recherchera rapidement si l'hématurie est due à l'ingestion de substances particulières (garance, alizarine, figues de Barbarie, scille, colchique, cantharides, intoxication par le chlore, le phosphore....) au traumatisme (calculs, piqure de l'urèthre), à une inflammation, à un néoplasme de l'urèthre, ou de la vessie ou encore à un parasite (Strongle, Distomum, Filaria....) (Bréjon). Dans l'examen microscopique, Duval et Lereboullet recommandent de rechercher les éléments anatomiques du rein (cylindres, épithélium....) de se méfier de cer-

taines spores, des petits grains d'urates qui peuvent ressembler aux globules du sang....

Outre les hématies, le microscope révélera : 1^o la présence dans les urines de débris granuleux, provenant de matières caséuses, mélangés à des fibres de tissu connectif et élastique, insolubles dans l'acide acétique, et, pour Lébert et Vogel, caractéristiques de la tuberculose rénale ; 2^o l'existence d'une pyélonéphrite, survenue en dehors de ses causes habituelles (lithiase rénale, rétrécissement de l'urèthre, hypertrophie de la prostate) et marquée par des leucocytes, des débris d'épithélium rénal et vésical, des cylindres granulo-graisseux.

Liouville a pu (*Soc. anat.*, Oct. 71), dans un cas de phthisie chronique générale, diagnostiquer la lésion rénale (confirmée plus tard par l'autopsie) en se fondant sur la présence dans les urines de corps granuleux, cellules altérées, globules rouges et blancs, cristaux.... Quelques-uns de ces éléments étaient agglomérés en masses friables, et, dans plusieurs de ces masses, on rencontrait des corps rugueux rappelant certaines concrétions des reins et des uretères.

Si nous passons à l'excrétion de l'urine, nous voyons que la miction est souvent très fréquente. (Lancereaux). Dans l'observation que nous rapportons plus loin, la malade, depuis 5 ou 6 mois, était obligée de se lever 3 ou 4 fois la nuit pour pisser. D'ailleurs, elle ne souffrait pas. Nous devons rapprocher ces faits de la pollakiurie avec démangeaisons préputiales et vulvaires, fourmillements et sensation de doigt mort, signalés récemment par M. Dieulafoy, au début du mal de Bright. La miction est parfois douloureuse ; le besoin est impérieux,

l'urine s'écoule à la grande torture des malades, le soulagement est très faible ou nul. Champetier de Ribes a signalé l'incontinence alternant avec la miction fréquente et douloureuse. Chenet a vu un malade, qui en même temps souffrait d'une miction pénible, très fréquente avec ténesme, évacuer deux litres de pus par l'urèthre.

Enfin, nous étudierons bientôt l'anurie.

γ Symptômes généraux. — Dans cette deuxième période se produisent ordinairement quelques troubles dus à l'intoxication urémique ; le malade est oppressé, il s'essouffle facilement ; il se plaint d'un malaise vague, d'insomnie, d'agitation pendant la nuit, de vertiges, d'éblouissements, de bourdonnements d'oreille. La céphalalgie revêt particulièrement la forme hémicranique (Lancereaux). En même temps il a perdu l'appétit, a souvent de la diarrhée, parfois des envies de vomir, des vomissements alimentaires et bilieux. La peau est sèche, elle prend une teinte terne et grisâtre. Parfois on observe de l'œdème facial, palpébral, ou bien de l'œdème des malléoles, de la région lombaire, avec sécheresse de la peau, absence de sueurs...

L'anasarque, omise par Rayer, est notée dans les deux cas de Rilliet et Barthéz, dans l'obs. IV de Martin Solon, dans un fait de Magnan. Enfin le malade maigrit rapidement et arrive à la 3^e période, celle du marasme.

La guérison est cependant possible, si un rein seulement est affecté ; elle se fait par un dépôt de substances minérales au milieu de la masse caséuse. Robert, Bennett admettent aussi la guérison par cicatrisation.

Quand les reins sont détruits, Lancereaux groupe les phénomènes sous deux chefs : A, urémie ; B, hecticité. Dans trois cas, Chambers a vu la mort survenir par amaigrissement, sueurs, sans complications pulmonaires. Dans la forme fébrile, le malade est souvent apporté à l'hôpital avec un facies typhoïde, la langue sèche et noirâtre, le ventre plus ou moins douloureux ; il a parfois la diarrhée ; souvent il gâte. La fièvre est continue avec des exacerbations vespérales, ou présente les trois stades de la fièvre intermittente. Avec des renseignements incertains, le diagnostic reste donc vague. Les accidents urémiques ont pu faire croire, de leur côté, à une méningo-encéphalite sous ses deux expressions : délire, puis coma ; le malade est agité, il se plaint continuellement et remue la tête, les bras ; on note des convulsions, des contractures ; puis il tombe dans le coma et meurt. L'urémie peut encore se manifester par la forme gastro-intestinale, ou la forme thoracique avec symptômes dyspnéiques.

Telle est l'allure générale de cette affection ; mais, on a déjà pu le soupçonner par ce qu'on vient de lire, rarement la néphrite caséreuse évolue seule. Louis émettait cet axiôme évidemment trop absolu : « après 15 ans, il n'y a pas de tubercules dans un organe, s'il n'y en a pas dans les poumons. »

Le plus souvent (d) d'autres lésions relevant de la même diathèse s'ajoutent à l'affection rénale (tuberculose pulmonaire, méningée... tuberculose des voies urinaires, des organes génitaux ou des capsules surrénales), ou encore (e) les accidents se produisent, relevant soit des lésions rénales (hydronéphrose, abcès pé-

rinéphrétique), soit des complications que nous venons d'indiquer (fistules, péritonite...) Passons une revue sommaire de tous ces faits.

♂ La tuberculose pulmonaire qui accompagne les lésions rénales, est aiguë ou chronique. Par exemple, dans une observation, Magnan, chez un enfant de 13 ans, note de l'anasarque, de la bouffissure de la face, de l'œdème des jambes, une douleur violente à la région hypogastrique et en même temps, une fièvre intense, des râles ronflants et sibilants. La mort survient le huitième jour. A l'autopsie, il trouve des granulations miliaires aux sommets des poumons, sur la surface et dans la substance médullaire du rein gauche; le rein droit est hypertrophié, bosselé, le tissu cellulaire périrénal infiltré de pus, les pyramides déchiquetées ou remplacées par des cavernes béantes, remplies de pus et de matière caséuse. La vessie renferme 200 gr. d'un liquide louche, parsemé de grumeaux caséux.

Nous reproduisons ici le résultat d'une autopsie de Doyen. C'est un bel exemple de tuberculose rénale primitive, avec abcès périnéphrétique et poussée finale de tuberculose pulmonaire aiguë.

OBSERVATION I.

Abcès périnéphrétique tuberculeux, par Doyen, interne des hôpitaux. (Soc. anat. du 3 février 1882.) — (Résumé.)

V..., 21 ans, fleuriste, d'une santé délicate, toussé, est accouchée, il y a quinze jours, d'un fœtus de six mois. Le 2 février, ouverture spontanée, au niveau du triangle de J.-L. Petit, d'un énorme abcès lombaire, gauche, datant de trois mois environ, et laissant un orifice circulaire de 10 millim. Le palper fait reconnaître à l'emplacement du rein gauche, une tumeur oblongue, résistante. Depuis quelques jours, dyspnée croissante, toux, crachats blanchâtres, muqueux, signes d'une tuberculose pulmonaire aiguë. Le 4, incision du foyer, le doigt contourne la crête iliaque, plonge en bas et en avant au contact du muscle iliaque dénudé, et plus haut au contact du rein qui baigne dans le pus. Incontinence d'urine et des matières fécales. La malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — Quelques cavernes au sommet gauche. Tubercules miliaires des deux poumons; pas de tubercules du foie, des séreuses, du cerveau, des capsules surrénales, du rein droit. Dans le flanc gauche une coque fibreuse, adhérente au colon descendant, recouvre le foyer purulent. Le rein baigne dans le pus par sa partie postéro-inférieure, où s'ouvre une large fistule à bords caséux. Dégénérescence caséuse complète du rein droit. Granulations grises dans le tissu périnéphrétique, dans l'uretère. Ulcérations et granulations vésicales.

En somme, d'une part : la tuberculose primitive du rein propagée à l'uretère, vessie, tissu périnéphrétique ; d'autre part : la poussée de tuberculose pulmonaire aiguë. (Doyen.)

Nous pourrions encore citer l'observation II de Ammon, deux observations de Rayer, une de Rosenstein... Là aussi, nous retrouvons ces phénomènes typhoïdes ulti-

mes qui en ont imposé si souvent aux observateurs. (Lancereaux.)

Parfois les poumons sont pris de bonne heure ; il se fait des localisations multiples à marche parallèle et assez rapide, puisque deux causes d'affaiblissement sont ici associées (Tapret). Le malade meurt, au bout de quelques mois, asphyxié, (Observ. V. de Gaultier) et cachectique, ou enlevé en quelques jours par une poussée aiguë.

Dans l'observation qui nous a donné l'idée de ce travail, la néphrite rénale primitive chronique, marquée seulement jusque-là par quelques symptômes d'urémie, se termina par une méningite tuberculeuse avec mort en quatre jours.

Nous pensons devoir en rapprocher l'histoire résumée d'une malade de M. Raymond.

Nous retiendrons surtout la localisation à peu près exclusive de la diathèse aux méninges, aux reins chez deux femmes, de 35 et 45 ans, sans antécédents héréditaires, et toutes deux alcooliques. Il existe d'autres faits analogues. Nous citerons seulement un malade de M. Landouzy : à l'autopsie, on trouva, à côté d'une tuberculose miliaire pulmonaire avec rares petits noyaux caséeux, une tuberculose méningée en plaque, occupant la partie inférieure de la scissure de Rolando (et marquée pendant la vie par une parésie du membre supérieur droit, avec hémiplegie faciale inférieure droite, survenue lentement) : une néphrite caséo-tuberculeuse du rein droit ; deux granulations tuberculeuses dans le rein gauche.

OBSERVATION II. — Due à l'obligeance de M. Giraudeau,
interne du service.

La nommée X... Marguerite, 35 ans, mécanicienne, entre le 4 juin 1883, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Nélaton, n° 5, service de M. Hallopeau.

Sa mère est morte à 75 ans ; son père a la suite d'un accident de voiture.

Elle a eu, à 19 ans, un enfant qui vit. Elle avoue des excès alcooliques et vénériens.

Il y a trois mois, elle est sortie de prison, où elle venait de passer 4 mois. A ce moment, elle souffrait d'une céphalalgie persistante ; elle avait perdu l'appétit. Depuis deux mois sont survenus des vomissements alimentaires, quotidiens, se produisant sans efforts. Elle a beaucoup maigri, ne tousse pas, n'a jamais eu d'hémoptysie.

Ajoutons que depuis 5 ou 6 mois, elle se lève trois ou quatre fois pendant la nuit pour uriner. Elle n'a d'ailleurs pas remarqué avoir pissé du sang.

5 juin. *Etat actuel.* — L'amaigrissement est prononcé ; les vomissements sont alimentaires et bilieux, au nombre de deux ou trois en vingt-quatre heures, peu abondants. La céphalalgie est surtout frontale, gravative ; l'intelligence reste entière ; à peine un peu d'abattement. La malade a peu d'appétit, elle est constipée ; le ventre est souple ; rien à la palpation des hypochondres.

Rien non plus-d'appréciable à l'auscultation du cœur et des poumons. Le pouls est petit, régulier ; on compte 90 pulsations.

Les urines sont rares (600 grammes en vingt-quatre heures), assez fortement albumineuses.

M. Hallopeau, diagnostique : néphrite chronique avec accidents d'urémie chronique. Il fait toutefois quelques réserves en présence de l'élévation de la température. Le thermomètre (dans le rectum) marque, en effet, le 4 au soir, 39°3, le 5 au matin, 38°6.

Traitement. — Régime lacté.

Le 6, l'état de la malade est le même. La température, qui, le 5 au soir était de 39° 2 est descendue à 38° 2 et 38° 5. On ajoute au régime lacté, fuchsine 0 gr. 30.

Le 7, la constipation étant opiniâtre, on donne à la malade un lavement purgatif. Dans la soirée, elle est prise du hoquet ; la température est 38° 2 et 38° 4.

Le 8, la céphalalgie a redoublé d'intensité, l'affaissement est marqué ; la malade répond lentement ; le hoquet est continu. Pas d'anesthésie, pas de mouvements convulsifs. Pupilles égales et contractées. Température 38° 6 et 38° 2.

Le 9, hoquet, céphalalgie, trois vomissements ; l'intelligence est nette ; la somnolence va en s'accroissant de plus en plus. Constipation. Température 38° 8 et 39°.

Le 10, à la visite du matin, on constate les symptômes suivants : nystagmus horizontal, secousses convulsives des yeux de gauche à droite ; parésie faciale droite ; la pupille gauche est plus dilatée que la droite. L'intelligence est nette et entière. La respiration est un peu régulière ; le ventre est rétracté en bateau. Il n'y a pas d'anesthésie ; depuis le 7, il n'y a pas eu de selles ; pouls régulier, 100 pulsations.

Urines rares, toujours albumineuses. Dans l'après-midi, le coma est complet. La température est à 38° 4.

En présence des commémoratifs, de l'élévation constante de la température et des symptômes cérébraux, malgré l'absence de tout signe thoracique, M. Hallopeau, diagnostique :

Néphrite et méningite tuberculeuses.

Le 11, la coma est complet, le hoquet continu. Constipation et rétention d'urine ; ventre en bateau.

Parésie de tout le côté gauche, mouvements désordonnés du côté droit. Secousses convulsives des muscles de la face, à droite. Nystagmus de droite à gauche. Chute de la paupière droite, incomplète.

Pupilles égales. Pas d'anesthésie. Pouls petit, 100. Température 38° et 38° 4.

Le 12, tête déviée à droite, face rouge. Nystagmus moins pro-

noncé que la veille, et en sens inverse (oscillations de gauche à droite); de temps en temps, occlusion de l'orbiculaire droit.

Les pupilles égales, moyennes, ne réagissent pas à la lumière.

Toujours on note parésie à gauche, excitation musculaire à droite. Les muscles du côté droit de la face se contractent mieux qu'à gauche, lorsqu'on pique la peau.

Incontinence d'urines et des matières fécales. Même état dans la journée. Mort le 13, à 2 heures du matin.

Autopsie faite le 14, à midi.

Encéphale. — Dure-mère saine.

Pie-mère injectée. A la base teinte opalescente, au niveau du chiasma, de la protubérance et du bulbe. Ce dernier est recouvert par des filaments fibreux assez résistants; il a une teinte légèrement rosée. Petites taches ecchymotiques sous l'épendyme du plancher du 4^e ventricule.

Pas de tubercules appréciables à l'œil nu, au niveau de la base.

Sur la parties latérales des hémisphères, il y a d'assez nombreux tubercules, résistants, comme fibreux, nacrés, du volume d'une tête d'épingle. Au niveau des circonvolutions temporales droite et gauche, on remarque trois ou quatre tubercules un peu plus volumineux, faisant saillie à la face interne de la pie-mère, et laissant leur empreinte dans la substance cérébrale, lorsqu'on enlève les méninges.

Les hémisphères cérébraux sont un peu ramollis, ainsi que le corps calleux et le cervelet. Il n'y a pas de pus dans les méninges. Le liquide céphalo-rachidien est un peu plus abondant que d'ordinaire.

Poumons. — Tubercules crétacés aux deux sommets; congestion dans le reste de l'étendue.

Cœur. — Sain.

Rein gauche. — Deux ou trois petits grains jaunâtres dans l'épaisseur des pyramides.

Rein droit. — Il est occupé par une masse caséeuse, ramollie, du volume d'une noix, séparée de la surface de l'organe par une

couche de tissu, ayant environ 1/2 centimètre d'épaisseur. Dans le reste de l'étendue, il y a également deux ou trois petits grains jaunâtres.

Le *Bassin* et l'*uretère* paraissent sains. La vessie n'a pas été enlevée.

L'examen des méninges, fait par M. Chantemesse, interne des hôpitaux, a démontré qu'on avait bien affaire à une méningite tuberculeuse.

Quant au rein droit, après un séjour préalable dans l'alcool au 1/3, et sur des coupes faites à l'aide du microtome anglais à congélation, M. Giraudeau constata les lésions suivantes ;

A. — Avec un grossissement faible, et sur des coupes perpendiculaires à la surface du rein, traitées par le picrocarmin et la glycérine on voit : α. Dans la substance corticale, les glomérules assez volumineux, rapprochés les uns des autres à la périphérie, mais, quand on s'approche de la substance médullaire, séparés, ainsi que les tubes contournés, par des masses granuleuses colorées en rouge vif; ε. Dans la substance médullaire, les tubes droits plongés au milieu de cette matière granuleuse, et même, en beaucoup d'endroits, remplacés par elle.

B. — A un plus fort grossissement (Oculaire 1, Nacet, objectif 3) :

I. Les glomérules apparaissent moins volumineux qu'à l'état normal, rapprochés les uns des autres, en contact sur certains points par une partie de leur périphérie; leur capsule colorée en rose vif, a une épaisseur environ quatre fois plus grande qu'à l'état normal. A la surface de glomérule vasculaire, on reconnaît quelques gros noyaux colorés en rouge vif, mais non les sinuosités des anses vasculaires. Sur d'autres glomérules, ces altérations sont moins prononcées.

II. Les *tubes contournés* les plus voisins de la périphérie sont tapissés de cellules cubiques volumineuses, qui tantôt se confondent avec les cylindres granuleux de l'intérieur des tubes, tantôt n'oblitérent pas entièrement leur cavité.

Ils sont entourés de tissu conjonctif épaissi (tissu fibrillaire et noyaux) et deviennent moins distincts à mesure qu'on s'approche de la substance médullaire.

6. Dans celle-ci les tubes sont très étroits, étranglés par places, collés les uns aux autres, et mélangés d'une substance granuleuse surtout abondante au sommet des pyramides. Cette masse granuleuse est formée de noyaux d'aspect indéterminé, tassés les uns contre les autres, d'un rouge vif. Enfin, à certains endroits, il y a de petites nodosités à la dose centrale en voie de dégénérescence granuleuse, à zone périphérique vasculaire avec éléments en voie de prolifération, sans toutefois qu'on puisse rencontrer de cellules géantes.

OBSERVATION III (Résumée).

(Clinique de l'Hôtel-Dieu. *Progrès médical*, n° 41, année 1881.)

Il s'agit d'une femme des Halles, 45 ans, entrée le 16 août 1881, dans le service de M. G. Sée, suppléé par M. Raymond. Elle se nourrit mal et boit un peu; depuis quatre ans, elle s'enrhume facilement. Huit jours avant son entrée, elle a été prise de frissons, malaise général, affaiblissement, vertiges, inappétence, vomissement, constipation. Insomnie complète, agitation, cauchemars, transpiration abondante. Le 17, elle est plongée dans un état de stupeur et d'hébétéude profondes; violente céphalalgie, douleurs vives et grande faiblesse dans les membres. Tête inclinée sur l'épaule droite, face regardant en haut, à gauche, avec contracture des muscles de la nuque, et douleurs lorsqu'on tente la flexion par la force. La malade s'assoit difficilement. Légère contracture du bras droit, hyperesthésie générale. Paupière supérieure droite légèrement affaissée et comme contracturée. Pupilles rétrécies, égales. Peau chaude, T. A, 38°4. Pouls petit, irrégulier en ce sens que toutes les dix ou quinze pulsations il se précipite pour se ralentir ensuite. Artères radiales athéromateuses. Langue sale, blanchâtre, ventre rétracté en bateau; constipation opiniâtre; quarante inspirations, quelques irrégularités. Submatité des deux fosses susépineuses, principalement à droite; expiration soufflante, prolongée. Urines rouges, foncées, contenant de l'albumine en très grande quantité.

M. Raymond rejette les hypothèses de fièvre typhoïde, d'embarras gastrique chez un tuberculeux, de méningite chronique avec exacerbation aiguë récente..., et s'arrête au diagnostic de méningite tuberculeuse secondaire, de la forme inflammatoire.

Le 18, somnolence plus profonde, T. A., M. 38°2, S, 38.

19. — Agitation pendant la nuit ; le matin, stupeur profonde, parole embarrassée ; 38°3 et 38°4.

20. — La camisole a été nécessaire pendant la nuit ; elle gêne ; contracture des muscles du dos et de la nuque ; chute complète de la paupière droite ; 37°8 et 38°.

21. — Strabisme latéro-externe de l'œil droit.

22. — Respiration difficile, irrégulière (46), pouls petit, irrégulier (102), sorte d'état cataleptique.

Mort le 23. A l'autopsie : pleurésie sèche, granulations tuberculeuses à droite. Quelques granulations crétaées. Reins congestionnés et renfermant des granulations tuberculeuses. Quelques ulcérations (du volume d'un pois) de la muqueuse stomacale. Exsudat poisseux de l'hexagone de Willis, avec fines granulations tuberculeuses, sur le long de la sylvienne et sur ses branches pariétales. La pie-mère au niveau de l'insula de Reil adhère au tissu cérébral et renferme quelques fines granulations. Exsudats tuberculeux de la pie-mère rachidienne.

Les capsules surrénales peuvent être atteintes séparément de la dégénérescence tuberculeuse. Lancereaux d'autre part, sur cent douze cas, a noté huit fois leur coexistence avec la phthisie rénale. Tantôt le malade présente la teinte particulière à la maladie d'Addison (Dreyfous, 77) tantôt ce phénomène manque (Albert Robin, Kelsch...)

Nous devons aborder maintenant une question fort controversée. Rayet étudiait dans la tuberculose génito-urinaire trois cas.

A. — Reins seuls tuberculisés.

B. — Tuberculisation des reins et des conduits excréteurs de l'urine.

C. — Tuberculose occupant tout l'appareil génito-urinaire.

Et il ajoutait : « Lorsqu'il existe des tubercules dans les reins, non seulement on les trouve presque toujours dans les poumons, mais le plus souvent, dans d'autres points de l'appareil génito-urinaire. » Nous n'admettrons pas plus cette loi que tout à l'heure nous n'avons accepté l'axiome de Louis. Nous rappellerons seulement que pour Rayer, Vogel, Robitansky, la tuberculose rénale est plus souvent consécutive à la tuberculose génitale. Que pour Wilks, Smith, Thompson, la proposition inverse est plus vraisemblable. M. Lancereaux pense que leur coexistence est rare. Nous citerons cependant les observations de Dufour (V), de Chenet (74), de notre ami Collinet où la tuberculose génitale a précédé la manifestation rénale, une autre de Dubuc, où elle la suivit d'assez près.

D'autre part, pour M. Lancereaux, et c'est l'opinion la plus généralement admise, la granulation tuberculeuse va, de la vessie, de l'uretère ou du bassinet, aux calices et aux pyramides de Malpighi. Lécorché incline vers la marche réno-vésicale.

Nous ne songeons pas à décrire tous les symptômes dûs à ces lésions. Nous rappellerons seulement que par suite des altérations des voies urinaires, on observe les signes de suppurations profondes, (marasme, hecticite) souvent de l'ammomémié. Celle-ci est marquée par de la constipation, une langue aride, fuligineuse, une couleur terne, grisâtre de la peau, une odeur urineuse ou ammoniacale. Il n'y a ni vomissements, ni troubles

respiratoires, mais le malade a des frissons, une fièvre urineuse, il s'amaigrit rapidement ; l'intelligence reste intacte. Dans l'urémie, au contraire, on observe des vomissements, de la diarrhée, des troubles respiratoires ; la langue est humide, la peau souple et sans odeur, il n'y a pas de fièvre, mais des troubles de la vue, du coma, des convulsions. L'intelligence est obscurcie, plus ou moins éteinte (Germ. Sée. *Gaz. Hebd.* 1^{er} janv. 69.)

Au début de la tuberculisation des organes urinaires chez la femme, parfois si difficile à diagnostiquer, M. Terrillon (*Progrès médical*, n^{es} 6, 7, 8, 1880) a trouvé des excroissances polypeuses de l'urèthre et du méat). Nous donnons un résumé succinct de deux de ses observations (N^o III et n^o IV.)

OBSERVATION IV.

F..., 25 ans, toux, douleurs vives au niveau d'une petite tumeur frangée, située à la partie supérieure de la vulve, au niveau de l'urèthre. Albuminurie, ascite, oedème des membres inférieurs, et de la vulve. Malaise général. Inappétence. Pas de signes pulmonaires nets. Le 16 février incontinence, langue blanche, ventre volumineux.

21. Refroidissement, frissons.

1^{er} mars. Urines purulentes, incontinence améliorée.

9, malaise, céphalalgie, bouche mauvaise, état fébrile dans l'après-midi, toux sèche, quinteuse, rien à l'auscultation.

Bientôt vomissements, amaigrissement, toux, signes pulmonaires plus nets. A la fin du mois, autopsie. Tuberculose pulmonaire avancée ; granulations dans les reins, sur la vessie, les ovaires...

OBSERVATION V.

F..., 42 ans, entre le 8 novembre 1878 à l'hôpital pour douleurs vives pendant et entre les mictions. Polypes de l'urèthre. Urines purulentes sans albumine. — Mars 79 : faiblesse, inappétence, incontenance, pus fétide (urémie à forme gastro-intestinale et dyspnéique), douleurs rénales très fortes à gauche. — Juin : douleurs rénales moindres, pas d'albumine, rien aux poumons ; vomissements. — Septembre : Somnolence invincible ; mort le 7 par urémie

A l'autopsie, on note : Ulcérations et fongosités de la vessie et de l'urèthre ; dégénérescence caséo-tuberculeuse très avancée du rein gauche ; quelques granulations et tubercules jaunes, à droite. Dans le poumon gauche, granulations jaunes ; au sommet du poumon droit, quelques foyers caséux.

ε. La tuberculose rénale entraîne parfois l'atrophie du rein (Ex. : deux obs. de Rayer) ; elle produit ainsi, dans sa deuxième période surtout, l'anurie, ou plutôt l'ischurie avec *hydronéphrose*. Cette complication est fréquente ; on en trouve des observations d'Ammon (O. I.) de Lala, de Pasquet... Parfois elle est méconnue (Champetier de Ribes) ou donne lieu à une erreur de diagnostic. (Perret.) Elle varie du volume d'un œuf de pigeon à celui d'une tête de fœtus. Elle est située dans un des hypochondres, rarement médiane. Dans l'observation d'Ammon, elle s'étendait de la région cardiaque, au-dessous des côtes soulevées, à la crête iliaque et au-delà, dépassant la ligne blanche. Quelquefois la palpation est douloureuse ; on trouve généralement à travers les parois de l'abdomen, souvent flasques à cette période, une tumeur dure, rénitente, fluctuante,

allongée verticalement, entourée de tous points par une masse intestinale, proéminente cependant vers la paroi antérieure de l'abdomen, tandis que les tumeurs du petit bassin sont le plus souvent recouvertes par une masse intestinale sonore (Gaultier.) Par suite de la compression qu'elle exerce sur les parties voisines, la marche est parfois entravée, et le membre inférieur du côté correspondant engourdi, anesthésié, ou, au contraire, hyperesthésié, et plus ou moins œdématié, ainsi que le scrotum et les grandes lèvres.

Si l'obstacle urétérique est forcé, il se produit une véritable débâcle polyurique entraînant des masses caséuses et quelquefois des caillots sanguins. La tumeur s'évanouit ; puis elle se reforme lentement avec une nouvelle période d'anurie (Mossler.) On aura donc une tumeur intermittente avec des accès d'urémie intermittents.

Dans cette ischurie particulière, en effet, après une période de tolérance, surviennent peu à peu des accidents d'urémie (Merklen. Th., Paris, 1881.) Au début, la vessie est vide ; on ne trouve point de douleur ou de tumeur dans l'hypochondre correspondant au rein lésé ; le malade rend encore de petites quantités d'urine pâle, pauvre en urée ; il se plaint seulement d'un peu d'insomnie, d'affaissement, d'anorexie, de constipation, de ténesme vésical. Puis, à la fin de la première semaine, quelquefois la deuxième, rarement la troisième ou la quatrième, la respiration s'embarrasse, les symptômes gastro-intestinaux s'accroissent ; ces accidents n'éclatent pas d'ailleurs brusquement ; ils sont peu alarmants en apparence ; c'est d'abord un affaiblissement progressif allant peu à peu jusqu'à l'anéantis-

sement complet, avec intolérance croissante du tube digestif, langue sèche et noire comme dans la fièvre typhoïde, facies grippé, parfois teinte subictérique, peau brûlante, pouls petit, fréquent, température centrale abaissée. La soif est vive et ne peut être calmée, car les liquides amènent immédiatement des éructations, des vomissements ; le ventre est ballonné, douloureux ; souvent il y a une constipation opiniâtre, rarement de la diarrhée ; dans la plupart des cas, hoquet fréquent, pénible. L'intelligence est entière, ou bien le malade est maussade, indifférent ou hébété. Dans les derniers moments, on observe des secousses convulsives des extrémités ou de la parésie. Le malade meurt en quelques jours, soit par asphyxie lente, soit dans un accès de suffocation. Nous avons vu qu'il pouvait survenir de la polyurie avec amélioration brusque.

Les agglomérations caséuses que nous venons de voir produire de l'ischurie et de l'hydronéphrose, peuvent s'ouvrir dans le tissu cellulaire périrénal. Les abcès périnéphrétiques (Rayer, Magnan, Chauffard...) ont plusieurs origines distinctes ; tantôt les tubercules se déposent sur la surface du rein, amenant une vive inflammation du tissu cellulaire voisin ; tantôt on trouve des fistules, à bords infiltrés de tissu caséux, faisant communiquer la poche de l'abcès avec une cavité de la substance médullaire du rein (Doyen) ou avec un calice surdistendu et rompu par l'hydronéphrose (Lecourtois). La fièvre s'exaspère, de petits frissons surviennent, la marche de la maladie s'accélère. L'abcès s'ouvre généralement au dehors au niveau du triangle, de J.-L. Petit (Lecourtois, Doyen), après avoir

donné lieu à une fluctuation plus ou moins manifeste à ce niveau.

Lundberg a signalé, d'autre part, la rupture des calices dans la cavité péritonéale, d'où mort rapide avec tous les symptômes de la péritonite suraiguë. Plus rarement, on constate une péritonite enkystée. Enfin, à la suite des complications génito-urinaires que nous avons notées, on observe parfois la rupture d'un abcès dans le rectum, des fistules anales, périnéales, scrotales (Liouville et Rosapelly) vesico-rectales (Basham), vésico-vaginales (Mossler)...

TUBERCULOSE RÉNALE SECONDAIRE

Nous serons brefs, si nous ne voulons pas tomber dans des répétitions inutiles.

α La tuberculose rénale accompagne souvent la phthisie aiguë et galopante; nous la voyons notée, par exemple, dans une poussée de tuberculose miliaire aiguë chez un diabétique (Letulle); d'autre fois elle manque; chez un cancéreux diabétique, Richer observe des lésions pulmonaires aiguës, et des abcès des reins, sans tuberculose miliaire rénale. Les urines sont rares, colorées, quelquefois sanglantes (Laveran), ou bien elles manquent.

Le malade est emporté rapidement par la forme dyspnéique, ou par la forme typhoïde. On rejettera cependant l'existence de la dothiéntérie, pour s'arrêter à la phthisie aiguë, quand on trouvera, dans les antécédents, de l'amaigrissement, des accès fébriles, de la dyspnée, à la période d'état des symptômes typhoïdes plus légers, plus fugaces, des symptômes pulmonaires plus caractéristiques qu'on ne les rencontre habituellement dans la dothiéntérie, un tracé thermique moins régulier. (Hanot, *Phthisie in nouv. Dict.*) Il y a lieu de tenir grand compte des antécédents, de l'hérédité, de l'habitus extérieur de l'individu.

On recherchera attentivement s'il existe des dépôts tuberculeux, dans les territoires accessibles à l'investi-

gation médicale (OEil, Bouchut, bouche et voile du palais, vagin et col utérin, Rigal).

Rappelons d'ailleurs que dans la phthisie aiguë « la cause des accidents réside quelquefois hors du poumon... Tantôt c'est une inflammation des ganglions mésentériques qui peuvent acquérir un volume énorme, tantôt une méningite granuleuse à marche rapide ou traînante, d'autres fois, une inflammation plus ou moins étendue, quelquefois générale de la muqueuse péritonéale » (Hérard et Cornil); et l'affection rénale pouvant compliquer chacune de ces variétés, on voit quelles difficultés présente le diagnostic.

Nous avons dit que pour Gubler, l'albuminurie était la règle; mais ce signe ne prouve nullement l'existence d'une néphrite tuberculeuse. La néphrite parenchymateuse, en effet, complique très souvent la phthisie aiguë, donnant au malade le facies albuminurique. Elle peut être la seule lésion rénale existante dans une phthisie aiguë (observ. de Rigal, Lacombe...)

Quinquand a constaté que dans la fièvre typhoïde, la néphrite parenchymateuse, la néphrite interstitielle, la tuberculose miliaire aiguë..., les proportions dans le sang, de l'hémoglobine et des matériaux solides varient d'une façon assez caractéristique. On pourrait donc, selon lui, distinguer ces différentes maladies, dans les cas douteux, par l'analyse chimique du sang.

6 Nous avons vu que la tuberculose rénale était parfois consécutive à la tuberculose chronique, dans ses diverses manifestations; quelquefois elle suit une marche aiguë, enlevant, comme dans la forme précédente, le malade, au milieu de symptômes typhoïdes ou dyspnéiques; mais grâce aux commémoratifs, à l'état

général, aux autres manifestations de la diathèse, le diagnostic peut être établi.

Souvent aussi elle reste chronique, sans influence bien nette sur la marche de la maladie, ou hâtant la cachexie, s'accompagnant de fièvre hectique, de suppurations multiples analogues à celles que nous avons notées dans la tuberculose rénale primitive.

Dans un cas de Coine (1874), elle n'avait été pendant la vie indiquée par aucun signe.

DIAGNOSTIC

Nous avons insisté, chemin faisant, sur la plupart des particularités inhérentes à chaque symptôme. Notre tâche est donc facile.

Affirmons seulement de nouveau la difficulté du diagnostic de la lésion rénale dans la néphrite primitive aiguë, dans la néphrite aiguë généralisée... En un mot, quand il n'y a pas de lésion des voies urinaires.

Rappelons aussi la fréquence des phénomènes typhoïdes, à côté des accidents urémiques, dans les différentes périodes de l'affection que nous étudions.

Dans la néphrite caséreuse, Rosenstein accordait une attention particulière aux hématuries avec leurs caractères spéciaux, à l'absence de symptômes hydropiques ou urémiques (?) qui n'ont été tous les deux observés qu'exceptionnellement dans la néphrite caséreuse, enfin aux symptômes de dysurie et de ténesme vésical qui occupent le premier plan.

M. Tapret insiste sur la coexistence de l'hématurie et de la polyurie : « Elles sont exceptionnelles dans les affections simples..., et sont une présomption en faveur de la spécificité de l'affection. » Il cite un cas, d'après Panas, où, pendant longtemps, on constata des besoins impérieux d'uriner, des émissions, par intervalles, de pus et de sang, qui avaient fait admettre à Thompson,

Paget, Fergusson, un simple catarrhe vésical. Plus tard, survint une orchite tuberculeuse.

Avec Gaultier, nous indiquerons comme symptômes véritablement importants les douleurs lombaires et rénales, les urines très légèrement et souvent tachées de sang, les urines purulentes ou chargées de matières caséeuses, dans quelques cas, les diverses complications que nous avons énumérées.

Chacun de ces signes pourrait, d'ailleurs, entraîner à des erreurs de diagnostic.

Les douleurs rénales simulent parfois les coliques néphrétiques, surtout avec l'hématurie, les envies fréquentes d'uriner. Mais la colique néphrétique est apyrétique, beaucoup plus vive, « habituelle, normale pour ainsi dire chez les gens ayant des concrétions du rein » (Tapret.) Dans l'intervalle des accès, le malade ne présente aucun signe du côté des reins ; l'influence de la marche, du repos est plus manifeste que chez les tuberculeux.

De Beurmann a observé chez un phymique des coliques néphrétiques avec expulsion par l'urèthre de vésicules hydatiques.

L'hématurie est abondante dans le cancer rénal, les caillots assez fréquents, avec douleurs lombaires et envies répétées d'uriner. Le cancer est localisé à un rein (cancer primitif), ou il envahit les deux (cancer secondaire, moins rare). Chez l'enfant et le vieillard, on trouvera une tuméfaction irrégulière, bosselée, non fluctuante, non intermittente ; la cachexie est rapide, le malade présente souvent la teinte jaune-paille. Guyon signale en outre le varicocèle symptomatique, par compression de la veine spermatique correspondante.

Dans le cancer de la vessie, l'hémorrhagie est aussi généralement abondante ; les douleurs moins nettes : la palpation abdominale avec le toucher rectal découvre la tumeur. Comme dans le cancer rénal, l'urine entraîne des cellules caractéristiques.

Nous signalerons seulement les hématuries : chez les femmes nerveuses, dans les varices du col, les cystites aiguës, les cystites chroniques des rétrécis et des prostatiques.

Les antécédents, les commémoratifs, l'examen des urines suffiront aussi en général dans les cas de pyélonéphrites pour montrer les calculeux, les vieux urinaires, chez lesquels la lésion vésicale s'est propagée aux reins.

Le diagnostic de l'hydronéphrose est plus difficile ; on devra éliminer successivement le rein flottant, les kystes de l'ovaire, les abcès périnéphrétiques, les abcès par congestion, les kystes hydatiques du foie, les tumeurs tuberculeuses du mésentère. (Erreurs de Pasquet, Barrier....)

L'hydronéphrose peut d'ailleurs être produite chez un phymique, sans tuberculose des reins, par obstruction des urétéres au niveau de leur entrée dans la vessie. (Leclerc, 1882.)

On se souvient enfin des diverses complications que nous avons indiquées, (fistules, péritonite....)

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie. — Du crâne et de la face.

Physiologie. — De la contractilité musculaire. Influence du sang et du système nerveux sur la contractilité musculaire.

Physique. — Phénomènes capillaires. Endosmose des liquides et des gaz. Applications physiologiques.

Chimie. — Azote, phosphore, arsenic et antimoine ; leurs caractères distinctifs, leur préparation.

Histoire naturelle. — Caractères distinctifs des rougeurs, du castor et du castoreum ; de l'ondatra ou rat musqué du Daman.

Pathologie externe. — De la valeur de la compression digitale dans le traitement des anévrysmes.

Pathologie interne. — Des accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright.

Pathologie générale. — Des diathèses.

Anatomie pathologique. — De la fièvre typhoïde.

Médecine opératoire. — De l'extraction linéaire de la cataracte comparée aux autres procédés.

Pharmacologie. — Des potions. Des juleps. Des mixtures. —
Règles à suivre pour leur prescription et leur préparation.

Thérapeutique. — De la révulsion et de la dérivation.

Hygiène. — Des aliments.

Médecine légale. — Quels sont les poisons qui peuvent se
développer dans le corps de l'homme pendant la vie ou après
la mort ? Se développe-t-il de l'acide cyanhydrique pendant la
putréfaction ?

Accouchements. — Des signes certains de la grossesse.

Vu : Le Président de la Thèse,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Le Mans. — Imprimerie Albert Drouin, 5, rue du Porc-Épic.